

การรักษาแบบอนุรักษ์ ของภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูก

วรลักษณ์ ยมะสมิต พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, ว.ว. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์*
 ศร핀 อามาศย์ทัศน์ พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*
 จริยา หล่อวัฒนศิริกุล พ.บ., ว.ว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูกเพิ่มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะดังกล่าวเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปแนวทางการรักษาภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูกคือการตัดมดลูก ซึ่งหัตถการดังกล่าวอาจทำให้เสียเลือดมาก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของอวัยวะใกล้เคียง ตลอดจนสูญเสียความสามารถในการมีบุตรในอนาคต ในช่วงที่ผ่านมาไม่นานนี้ ได้มีรายงานผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูกแบบอนุรักษ์ เช่น การผ่าตัดเอากรวยอย่างใกล้ชิด การให้ยา methotrexate และ/หรือการทำให้หลอดเลือดแดงเฉพาะแห่งอุดตัน อย่างไรก็ตามรายละเอียดของวิธีและผลของการรักษาแบบอนุรักษ์จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ ยังแตกต่างกัน ถึงแม้ว่าจะมีรายงานจำนวนมากแสดงถึงความสำเร็จของการรักษา และผู้ป่วยสามารถตั้งครรภ์ถัดไปได้ แต่ก็มีรายงานของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรมีการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม และผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

Abstract

Conservative Management of Placental Adherence

Waralak Yamasmit MD
 Sorpin Armarttasn MD
 Jariya Lorwatthanasirikul MD

Department of Obstetrics and Gynecology, BMA Medical College and Vajira Hospital

At present, the incidence of placental adherence increases dramatically because the number of cesarean deliveries continues to rise worldwide. Hysterectomy is often recommended as a definite treatment of this condition. However, this procedure is associated with an increased risk of massive bleeding, injury to adjacent organs, and loss

* ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

of future fertility. Recently, numerous case reports of conservative approach for placental adherence have been published. These management modalities are for example close observation, methotrexate administration and/or selective arterial embolization. Even though many reports demonstrated successful outcomes with subsequent pregnancies, several severe complications also occurred. Thus, conservative management of placental adherence should be considered only in highly selected cases with close monitoring.

Key words: placental adherence, placenta accreta, placenta increta, placenta percreta, conservative management

บทนำ

ภาวะรติดแน่นกับกล้ามเนื้อดลูก (placental adherence) เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยนัก เกิดจากเนื้อรกมีการแทรกตัวและเข้าไปฝังแน่นในกล้ามเนื้อดลูก ซึ่งมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน โดยแบ่งลักษณะทางพยาธิวิทยาตามความลึกของการแทรกตัวของเนื้อรกเข้าไปในกล้ามเนื้อดลูก หากเนื้อรกมีการแทรกตัวเฉพาะพื้นผิวของกล้ามเนื้อดลูกด้านในติดกับโพรงมดลูก เรียกว่า placenta accreta หากฝังลงลึกไปในกล้ามเนื้อดลูก หรือแทรกตัวตลอดความหนาของกล้ามเนื้อดลูก ซึ่งอาจทะลุไปรกฉีกอวัยวะใกล้เคียง เรียกว่า placenta increta และ placenta percreta ตามลำดับ

อุบัติการณ์ของภาวะนี้มีความแปรผัน เฉลี่ยประมาณ 1:1,000^{1,2} ของการคลอด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากการเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด^{1,2} ซึ่งในอดีตการวินิจฉัยภาวะนี้มักไม่สามารถทำได้ในระยะก่อนคลอด โดยจะตรวจพบภาวะดังกล่าวหลังคลอดเมื่อรกไม่ลอกตัว ในปัจจุบันภาวะรติดแน่นกับกล้ามเนื้อดลูกสามารถให้การวินิจฉัยในระยะก่อนคลอดได้อย่างแม่นยำโดยใช้ การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง Doppler หรือ การตรวจ magnetic resonance imaging (MRI) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของภาวะนี้คือ การเสียเลือดอย่างมาก ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงการพยายามทำคลอดรก และใช้มือเขย่าแยกรกจากผนังมดลูก³ โดยทั่วไปแนวทางหลักของการรักษาภาวะนี้คือการตัดมดลูก⁴ อย่างไรก็ตามหัตถการดังกล่าวมักมีการเสียเลือดอย่างมากเช่นเดียวกัน และอาจมีการบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียง เช่น การบาดเจ็บต่อระบบทางเดินปัสสาวะ นอกจากนี้ยังเสียโอกาสในการมีบุตรทดแทน⁵⁻⁷ นับตั้งแต่ปี 1980 เป็นต้นมา ได้มีรายงานเสนอแนวทางการรักษาภาวะดังกล่าวแบบอนุรักษ์ด้วยวิธีต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยมากกว่า 50 ราย^{3,5,8-53} ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้สามารถเก็บมดลูกไว้ได้ และมีรายงานถึงความสำเร็จในการตั้งครรภ์และมีบุตรทดแทน

จากการทบทวนรายงานผู้ป่วยจำนวน 60 ราย^{3,5,8-53} ที่ให้การรักษาแบบอนุรักษ์ พบว่าแนวคิดหลักของการรักษาแบบอนุรักษ์ คือ การทิ้งรกไว้ในโพรงมดลูกบางส่วนหรือทั้งหมด โดยแนวโน้มจะทิ้งไว้ทั้งหมดในรายที่เป็น placenta percreta หรือรายที่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อนตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ส่วนรายที่ทิ้งรกไว้ในโพรงมดลูกบางส่วนนั้น ส่วนใหญ่เป็นกรณีที่มีไข้ placenta percreta ซึ่งในรายเหล่านี้มักไม่ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และได้ทำการเขย่ารกออกแล้วบางส่วน จึงพบส่วนของรกที่มีการติดแน่นและทิ้งส่วนนั้นไว้ อย่างไรก็ตามรายที่เหมาะสมที่จะเลือกให้การรักษาแบบอนุรักษ์จะต้องไม่มีเลือดออกอย่างมาก มีสัญญาณชีพและระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ จากการทบทวนแนวทางการดูแลแบบอนุรักษ์ในแต่ละรายงานผู้ป่วยยังมีรายละเอียดในอีกหลายประเด็นที่แตกต่างกัน เช่นบางรายทิ้งรกไว้และเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเท่านั้น ในขณะที่บางรายมีการให้ยา methotrexate (MTX) หรือการทำให้หลอดเลือดแดงเฉพาะแห่งอุดตัน (selective arterial embolization) รวมด้วย จากการทบทวนรายงานต่าง ๆ พอสรุปแนวทางการรักษาแบบอนุรักษ์ได้เป็น 4 แบบ คือ การเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การให้ยา methotrexate การทำ selective arterial embolization การให้ยา methotrexate ร่วมกับการทำ selective arterial embolization

การเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

จากการทบทวนรายงานการรักษา placental adherence โดยการสังเกตอาการเพียงอย่างเดียว ในผู้ป่วย 26 ราย^{3,8-25} พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้จะเป็น placenta accreta^{3,8-13,15-17,19-22,24,25} ในด้านการวินิจฉัยส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยมาก่อน^{8-17,21-25} มาทราบหลังคลอดแล้ว และการดูแลรักษา กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะทิ้งรกไว้บางส่วน^{8,10-14,16,19-22,25}

ผู้ป่วยร้อยละ 85 ประสบความสำเร็จในการรักษา^{3,8,10-12,14-19,21-23,25} อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้คนที่เหลือมักจะไม่สามารถหลุดออกมาเอง และต้องมีการทำหัตถการเพิ่มเติมเพื่อเอาเนื้อรกที่เหลือออก ได้แก่

การใช้ hysteroscopy หรือทำการขูดมดลูก^{8,22} ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ 3 ราย มีการตั้งครรภ์^{10,22} โดย 2 รายเกิดภาวะ placental adherence ชั่ว^{10,22} และต้องตัดมดลูกเนื่องจากเสียเลือดมาก อีกหนึ่งรายเกิดรกค้างภายหลังการคลอดปกติทางช่องคลอด แต่สามารถทำการล้างรกได้เป็นผลสำเร็จ²²

ผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 15) ล้มเหลวในการรักษา และต้องจบลงด้วยการตัดมดลูก^{9,13,20,24} เนื่องจากเลือดออกทางช่องคลอดอย่างมาก 3 ราย^{13,20,24} (2 ใน 3 รายเสียเลือดมากจนมีภาวะช็อกร่วมด้วย^{20,24} และอีก 1 รายเกิดภาวะ disseminated intravascular coagulopathy (DIC)¹³) ส่วนอีก 1 รายเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบได้ คือ มีเลือดออกทางช่องคลอดในปริมาณที่ไม่มาก^{3,11-12,18,21,23} ภาวะเยื่อโพรงมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูกอักเสบ (endomyometritis)^{9,15,17,18} และภาวะไข่

การให้ยา methotrexate

การให้ยา methotrexate ในการรักษาผู้ป่วย placental adherence 20 รายที่มีรายงานนั้น^{5,17,26-41} ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น placenta percreta^{5,26,28,32-34,38,39} หรือ placenta accreta^{30-31,24-37,40,41} ร้อยละ 45 ได้รับการวินิจฉัยในระยะก่อนคลอด^{5,26,28,32-35} การให้การรักษาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะทิ้งรกไว้ทั้งหมด^{5,17,26-28,30,32-39,41} และให้การรักษาด้วย methotrexate อย่างไรก็ดีตามจากรายงานต่าง ๆ วิธีการให้ methotrexate มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยมีรายงานการบริหารยาทั้งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ซึ่งขนาดของยาที่ให้โดยสองวิธีนี้แปรผันตั้งแต่การให้โดยคำนวณตามน้ำหนัก 1 มก./กก. หรือให้ในขนาดคงที่ตั้งแต่ 20-50 มก./ครั้ง บางรายให้วันเว้นวัน บางรายให้ทุกสัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีรายงานการบริหารยาทางปากในขนาด 0.3 มก./กก./วัน นอกจากนี้ระยะเวลาที่ให้การรักษาก็ยังมีความแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ใช้ค่า serum β -hCG จากการตรวจเลือด หรือการหลุดลอกตัวของรกที่เหลือออกมาเป็นตัวติดตามการรักษา

ผู้ป่วยร้อยละ 80 ประสบความสำเร็จในการรักษา^{5,17,27-31,33-37,39-41} ซึ่งวิธีการรักษาโดยให้ methotrexate นี้มีโอกาสที่รกที่ทิ้งไว้จะหลุดออกมาเอง มากกว่าการรักษาโดยการผ่าตัดโดยการเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 44 เทียบกับร้อยละ 19) อย่างไรก็ดีตามบางรายยังคงต้องมีการทำหัตถการเพิ่มเติม เช่น การล้างรก หรือทำการขูดมดลูกเพื่อเอารกออก ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มี 2 ราย ที่ตั้งครรภ์ครั้งถัดไป^{39,40} และคลอดอย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

ผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 20) ที่การรักษาล้มเหลว และต้องทำการตัดมดลูกในที่สุด^{26,32,34,38} ทุกรายมีสาเหตุมาจากภาวะเลือดออกทางช่องคลอดอย่างมาก โดย 1 ราย เกิดภาวะ DIC ร่วมด้วย³⁸

ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบ ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ ภาวะไข่ และเลือดออกทางช่องคลอด โดยการติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อของเยื่อโพรงมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูก^{5,34,37} อีกหนึ่งรายเป็นการติดเชื้อของรกและถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis)²⁸ ส่วนภาวะไข่ครั้งหนึ่งเชื่อว่าเป็นไข่ที่สัมพันธ์กับการย่อยสลายของเนื้อเยื่อ (tissue necrosis)^{40,41} อีกครั้งหนึ่งไม่ทราบสาเหตุ^{31,36}

การทำ selective arterial embolization

ผู้ป่วย placental adherence 11 รายที่มีรายงานว่าได้รับการรักษาโดยการทำให้หลอดเลือดแดงเฉพาะแห่งอุดตันนั้น⁴²⁻⁵⁰ ผู้ป่วยกว่าครึ่งหนึ่งเป็น placenta percreta^{43-46,48,50} โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยในระยะก่อนคลอด^{43-46,48,50} และเกือบทุกรายจะทิ้งรกไว้ทั้งหมด^{42-46,48,50}

หลอดเลือดที่ทำการอุดตัน คือ uterine arteries หรือ hypogastric arteries โดยอาจแทงเข็ม angiographic catheter ผ่านเข้าทาง femoral artery หรือ axillary artery และวาง catheter รอไว้ก่อนเริ่มทำการผ่าตัดคลอด (ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ placental adherence ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด) เกือบทุกรายจะทำการอุดตันหลอดเลือดทันทีหลังคลอด โดยใช้ absorbable gelatin sponge (Gelfoam) เป็นตัวอุดตัน มี 1 รายที่ได้ทำการอุดตันหลอดเลือดก่อนเริ่มการทำแท้ง (medical abortion) ขณะอายุครรภ์ 25 สัปดาห์⁴⁵

ผู้ป่วยร้อยละ 82 ประสบความสำเร็จในการรักษา⁴³⁻⁴⁹ แรกที่ทิ้งไว้ส่วนใหญ่ไม่หลุดออกมาเอง อย่างไรก็ดีตามมีเพียง 2 รายที่ต้องมีการทำหัตถการเพิ่มเติม เช่น การล้างรก หรือทำ hysteroscopy เพื่อเอารกออก^{48,49} มีผู้ป่วย 3 รายที่มีการตั้งครรภ์หลังการรักษาโดยไม่เกิดภาวะ placental adherence ชั่ว^{45,47}

มีผู้ป่วย 2 รายที่การรักษาล้มเหลวต้องทำการตัดมดลูก^{42,50} เนื่องจากมีภาวะเยื่อโพรงมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูกอักเสบที่ดื้อยาหลายชนิด 1 ราย⁴² และอีก 1 รายเกิดภาวะ DIC⁵⁰ ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบ ได้แก่ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกและกล้ามเนื้อมดลูกอักเสบที่ไม่รุนแรง^{45,49} และเลือดออกทางช่องคลอด^{46,48}

การให้ยา methotrexate ร่วมกับการทำ selective arterial embolization

ผู้ป่วย placental adherence 3 ราย ที่มีรายงานการรักษาด้วยยา methotrexate ร่วมกับการทำให้หลอดเลือดแดงเฉพาะแห่งอุดตันนั้น⁵¹⁻⁵³ ทุกรายเป็น placenta percreta ที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะก่อนคลอด และทุกรายทิ้งรกไว้ทั้งหมดหลังคลอด

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อดลูก แนวทางการรักษา และผลลัพธ์ของการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์ใน รูปแบบต่าง ๆ

ลักษณะทางคลินิก และผลการรักษา	รูปแบบการรักษา จำนวน (ร้อยละ)			
	การผ่าตัดลอกการ (n=26)	การให้ยา MTX (n=20)	Embolization (n=11)	MTX + Embolization (n=3)
ชนิดของ placental adherence				
- placenta accreta	22 (85)	8 (40)	4 (36)	-
- placenta increta	-	3 (15)	-	-
- placenta percreta	4 (15)	9 (45)	7 (64)	3 (100)
การวินิจฉัยภาวะ placental adherence				
- วินิจฉัยได้ก่อนคลอด	4 (15)	9 (45)	8 (73)	3 (100)
- วินิจฉัยได้หลังคลอด	22 (85)	11 (55)	3 (27)	-
การจัดการกับรก				
- ทิ้งรกไว้บางส่วน	19 (73)	3 (15)	2 (18)	-
- ทิ้งรกไว้ทั้งหมด	7 (23)	17 (85)	9 (82)	3 (100)
ผลการรักษา				
- สำเร็จ (ไม่ต้องตัดมดลูก)	22 (85)	16 (80)	9 (82)	1 (33)
- รกหลุดเอง	4	7	3	1
- รกไม่หลุดเอง	18	9	6	-
: ต้องทำหัตถการเพิ่มเพื่อเอารกออก	11	4	2	-
: ทิ้งรกที่เหลือเอาไว้	7	5	4	-
- ล้มเหลว (ต้องตัดมดลูก)	4 (15)	4 (20)	2 (18)	2 (67)
สาเหตุที่ล้มเหลว				
- เลือดออกทางช่องคลอดมาก	3	4	-	2
: มีภาวะช็อกร่วมด้วย	2	-	-	-
: มีภาวะ DIC ร่วมด้วย	1	1	-	-
- ติดเชือย่างรุนแรง	1	-	1	-
- ภาวะ DIC	-	-	1	-
- ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ				
- เลือดออกทางช่องคลอดไม่มาก	6	3	2	1
- มดลูกอักเสบ	4	3	2	-
- ติดเชื้ออื่น ๆ	-	1	1	-
- ไ้	2	4	2	-
- การตั้งครรภ์ถัดไป	3	2	3	NA
- มีภาวะ placental adherence ซ้ำ	2	-	-	NA
- มีภาวะรกค้าง	1	-	-	NA

MTX = methotrexate, DIC = disseminated intravascular coagulopathy, NA-data not available

ผลการรักษามีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ที่ประสบความสำเร็จ⁵² โดยมีเลือดออกทางช่องคลอดเพียงเล็กน้อยและรกที่ฝังไว้ออกมาเอง ส่วนอีก 2 รายที่การรักษาล้มเหลว^{51,53} และต้องทำการตัดมดลูกนั้นเกิดจากเลือดออกทางช่องคลอดอย่างรุนแรงทั้ง 2 ราย ซึ่งเลือดที่ออกนี้มีได้เกิดในช่วงแรกหลังการรักษา โดยรายหนึ่งเกิดในวันที่ 44 หลังคลอด และอีกรายหนึ่งเกิด 3 เดือนหลังคลอด ซึ่งสาเหตุของเลือดออกรายที่สองนี้คาดว่าอาจเกิดจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เนื่องจากผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในปอดอุดตัน (pulmonary embolism)⁵³ ดังนั้นทางเลือกนี้อาจเหมาะสมในกรณีที่วางแผนตัดมดลูกแต่เลื่อนเวลาออกไป เพื่อลดการเสียเลือดจากการตัดมดลูกทันทีตามหลังการคลอด

สรุป

การรักษาแบบอนุรักษ์เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ยังต้องการมีบุตรอีกในอนาคต การรักษาโดยวิธีดังกล่าวช่วยลดการเสียเลือดและโอกาสที่จะเกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงจากการตัดมดลูก การรักษาแบบอนุรักษ์ที่รายงานไว้ มีการรักษาได้ 4 วิธี คือ การผ่าตัดทางช่องคลอดอย่างใกล้ชิด การให้ยา methotrexate การทำให้หลอดเลือดแดงเฉพาะแห่งอุดตัน และการให้ยา methotrexate ร่วมกับการทำให้หลอดเลือดแดงเฉพาะแห่งอุดตัน ซึ่งแม้ว่าจะมีรายงานต่าง ๆ จำนวนมากที่แสดงถึงผลสำเร็จของการรักษาแบบอนุรักษ์ด้วยวิธีต่าง ๆ แต่การนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากรายงานผู้ป่วยที่ดีมีพื้มีแนวโน้มที่จะมีความเอนเอียง นำเสนอในแง่บวกที่เป็นบวก หรือประสบความสำเร็จ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอาจไม่ได้รับการรายงาน หรือรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้นการพิจารณาแนวทางดังกล่าวในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ควรมีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งการให้การวินิจฉัยภาวะรกติดแน่นกับกล้ามเนื้อมดลูกตั้งแต่ในระยะก่อนคลอดมีความสำคัญ และเป็นกุญแจหลักในการวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน อีกทั้งข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยต่าง ๆ ยังมีความแตกต่างในรายละเอียดปลีกย่อย จนยากที่จะหาข้อสรุปที่ชัดเจนในขณะนี้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในทางเลือกและกระบวนการของการรักษา อัตราความล้มเหลว ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสุนนมาลย์ มนัสศิริวิทยา ที่ได้ให้คำแนะนำในการเรียบเรียงบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 210-4.
2. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC, Chiu TH, Hsu JJ, Hsieh TT. Risk factors for placenta accreta. Obstet Gynecol 1999; 93: 545-50.
3. Lam H, Pun TC, Lam PW. Successful conservative management of placenta previa accreta during cesarean section. Int J Gynaecol Obstet 2004; 86: 31-2.
4. Placenta accreta. ACOG Committee Opinion. No. 266. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2002; 99: 169-70.
5. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1632-8.
6. Kayem G, Davy C, Goffinet F, Thomas C, Clement D, Cabrol D. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. Obstet Gynecol 2004; 104: 531-6.
7. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 124: 187-92.
8. Timmermans S, van Hof AC, Duvekot JJ. Conservative management of abnormally invasive placentation. Obstet Gynecol Surv 2007; 62: 529-39.
9. Mechery J, Burch D. Alternative management of placenta accreta. Gynecol Surg 2006; 3: 41-2.
10. Morken NH, Kahn JA. Placenta accreta and methotrexate treatment. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 248-50.

11. Kulkarni A, Draycott T. The use of serial beta HCG to plan surgical evacuation of retained placenta in a case of placenta accreta. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005; 17: 295-7.
12. Sinha P, Oniya O, Bewley S. Coping with placenta praevia and accreta in a DGH setting and words of caution. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25: 334-7.
13. Chou YJ, Cheng YF, Shen CC, Hsu TY, Kung FT. Failure of uterine arterial embolization: placenta accreta with profuse postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 688-90.
14. Morken NH, Henriksen H. Placenta percreta—two cases and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 100: 112-5.
15. Taylor AA, Sanusi FA, Riddle AF. Expectant management of placenta accreta following stillbirth at term: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000; 96: 220-2.
16. Matsumura N, Inoue T, Fukuoka M, Sagawa N, Fujii S. Changes in the serum levels of human chorionic gonadotropin and the pulsatility index of uterine arteries during conservative management of retained adherent placenta. *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26: 81-7.
17. Panoskaltsis TA, Ascarelli A, de Souza N, Sims CD, Edmonds RD. Placenta increta: evaluation of radiological investigations and therapeutic options of conservative management. *BJOG* 2000; 107: 802-6.
18. Otsubo Y, Shinagawa T, Chihara H, Araki T. Conservative management of a case of placenta praevia percreta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39: 518-9.
19. Scarantino SE, Reilly JG, Moretti ML, Pillari VT. Argon beam coagulation in the management of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 825-7.
20. Wang PH, Chao HT, Yuan CC, Linn JJ, Yen MS. Placenta previa accreta with cervical involvement causing tenacious postpartum hemorrhage: a case report. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 1998; 61: 116-20. (abstract)
21. Downes E, Rushman N, Tyack A. The role of out-patient hysteroscopy in the conservative management of placenta accreta. *Gynaecol Endosc* 1995; 4: 147-8.
22. Komulainen MH, Vayrynen MA, Kauko ML, Saarikoski S. Two cases of placenta accreta managed conservatively. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 135-7.
23. Lee LC, Lin HH, Wang CW, Cheng WF, Huang SC. Successful conservative management of placenta percreta with rectal involvement in a primigravida. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 839-41.
24. Veenstra MJ, Spinder T, Dekker GA, van Geijn HP. Post partum intraabdominal hemorrhage due to placenta percreta. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 62: 253-6.
25. Gibb DM, Soothill PW, Ward KJ. Conservative management of placenta accreta. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 79-80.
26. Chauveaud-Lambling A, Antonetti-N'Diaye E, de Rudnicki S, Bruyere M, Benoit G, Frydman R. Management of placenta percreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005; 34: 34-50.
27. Crespo R, Lapresta M, Madani B. Conservative treatment of placenta increta with methotrexate. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 91: 162-3.
28. Valayatham V, Rao S, Nath R, Kaju S, Maxwell D, Oteng-Ntim E. A case of placenta percreta with bladder involvement managed conservatively. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25: 397-8.
29. Adair SR, Elamin D, Tharmaratnam S. Placenta increta; conservative management: a successful outcome. Case report and literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 15: 275-8.
30. Cole MD. Using methotrexate to treat placenta accreta. *AWHONN Lifelines* 2002; 6: 486-7.
31. Ghani R. Conservative management of placenta accreta. *J Obstet Gynaecol* 2001; 21: 535.
32. Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure of methotrexate and internal iliac balloon catheterization

- to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 981–2.
33. Henrich W, Fuchs I, Ehrenstein T, Kjos S, Schminder A, Dudenhausen JW. Antenatal diagnosis of placenta percreta with planned in situ retention and methotrexate therapy in a woman infected with HIV. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20: 90–3.
34. Mussalli GM, Shah J, Berck DJ, Elimian A, Tejani N, Manning FA. Placenta accreta and methotrexate therapy: three case reports. *J Perinatol* 2000; 20: 331–4.
35. Dunstone SJ, Leibowitz CB. Conservative management of placenta praevia with a high risk of placenta accreta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1998; 38: 429–33.
36. Buckshee K, Dadhwal V. Medical management of placenta accreta. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 59: 47–8.
37. Gupta D, Sinha R. Management of placenta accreta with oral methotrexate. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60: 171–3.
38. Jaffe R, DuBeshter B, Sherer DM, Thompson EA, Wood JR Jr. Failure of methotrexate treatment for term placenta percreta. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 558–9.
39. Legro RS, Price FV, Hill LM, Caritis SN. Nonsurgical management of placenta percreta: a case report. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 847–9.
40. Raziel A, Golan A, Ariely S, Herman A, Caspi E. Repeated ultrasonography and intramuscular methotrexate in the conservative management of residual adherent placenta. *J Clin Ultrasound* 1992; 20: 288–90.
41. Arulkumaran S, Ng CS, Ingemarsson I, Ratnam SS. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65: 285–6.
42. Fiori O, Berkane N, Uzan S. Conservative versus extirpative management in cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 219–20.
43. Weinstein A, Chandra P, Schiavello H, Fleischer A. Conservative management of placenta previa percreta in a Jehovah's Witness. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1247–50.
44. Alkazaleh F, Geary M, Kingdom J, Kachura JR, Windrim R. Elective nonremoval of the placenta and prophylactic uterine artery embolization postpartum as a diagnostic imaging approach for the management of placenta percreta: a case report. *J Obstet Gynaecol Can* 2004; 26: 743–6.
45. Clement D, Kayem G, Cabrol D. Conservative treatment of placenta percreta: a safe alternative. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 114: 108–9.
46. Bennett MJ, Sen RC. 'Conservative' management of placenta praevia percreta: report of two cases and discussion of current management options. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43: 249–51.
47. Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grange G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil Steril* 2002; 78: 637–8.
48. Descargues G, Clavier E, Lemerrier E, Sibert L. Placenta percreta with bladder invasion managed by arterial embolization and manual removal after cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 840.
49. Lemerrier E, Genevois A, Descargue G, Clavier E, Benozio M. MRI evaluation of placenta accreta treated by embolization. Apropos of a case. Review of the literature. *J Radiol* 1999; 80: 383–7.
50. Silver LE, Hobel CJ, Lagasse L, Luttrull Jw, Platt LD. Placenta praevia percreta with bladder involvement: new considerations and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9: 131–8.
51. Luo G, Perni SC, Jean-Pierre C, Baergen RN, Predanic M. Failure of conservative management of placenta previa-percreta. *J Perinat Med* 2005; 33: 564–8.
52. Wong HS, Parker S. Ultrasonographic findings in conservatively treated placenta percreta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 580–1.
53. Dinkel HP, Durig P, Schnatterbeck P, Triller J. Percutaneous treatment of placenta percreta using coil embolization. *J Endovasc Ther* 2003; 10: 158–62.